

Le Prurigo Nodulaire

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Alcide DUTILLEUL

Né le 27 Décembre 1914, a Croix (Nord)

Examineurs de la Thèse	{	MM. SPILLMANN, professeur . . .	<i>Président.</i>
		RICHON, professeur	<i>Juges.</i>
		PERRIN, professeur	
		HARTEMAN, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

ROUEN

IMPRIMERIE COMMERCIALE DU JOURNAL DE ROUEN

6, rue de l'Hôpital, 6

1939

Le Prurigo Nodulaire

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Alcide DUTILLEUL

Né le 27 Décembre 1914, à Croix (Nord)

Examineurs de la Thèse	{	MM. SPILLMANN, professeur . . .	<i>Président.</i>
		RICHON, professeur	<i>Juges.</i>
		PERRIN, professeur	
		HARTEMAN, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

ROUEN

IMPRIMERIE COMMERCIALE DU JOURNAL DE ROUEN

6, rue de l'Hôpital, 6

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, C ✱, I ✱

Professeur honoraire : M. WEISS, O ✱, I ✱
BOUIN, O ✱, I ✱; ANCEL, ✱, I ✱; GARNIER, ✱, I ✱;
DUFOUR, ✱, I ✱; HOCHÉ, O ✱, I ✱; FROELICH, ✱, I ✱;
LAMBERT, ✱, I ✱; JACQUES, ✱, I ✱; ANDRÉ, O ✱, I ✱.

Professeurs :

Clinique des mal. syph. et cutanées....	M. L. SPILLMANN, C ✱, I ✱.
Clinique obstétricale et Accouchem....	M. A. FRUHINSHOLZ, O ✱, I ✱.
Histologie	M. R. COLLIN, O ✱, I ✱.
Anatomie descriptive	M. L. LUCIEN, O ✱, I ✱.
Clinique médicale	M. L. RICHON, ✱, I ✱.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, ✱, I ✱.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, ✱, I ✱.
Hygiène et médecine sociales.....	M. J. PARISOT, C ✱, I ✱, C. S. P.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, ✱, I ✱.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, ✱, I ✱.
Physiologie	M. SANTENOISE, ✱, I ✱, A ✱.
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, ✱, I ✱.
Bactériologie et parasitologie méd.....	M. DE LAVERGNE, O ✱, I ✱.
Pathologie générale et méd. expér.....	M. SIMONIN, I ✱.
Clinique gynécologique	M. BINET, ✱, I ✱.
Pathologie chirurgicale	M. BARTHÉLEMY, ✱, I ✱.
Anatomie pathologique	M. WATRIN, ✱, I ✱.
Hydrologie	M. L. MERKLEN, ✱, I ✱.
Médecine légale	M. MUTEL, ✱, I ✱.
Thérapeutique	M. DROUET, I ✱.
Professeurs sans chaire.....	M. L. JOB, ✱, I ✱.
	M. G. LAMY, ✱, I ✱.

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses.....	M. P. SIMONIN, I ✱, professeur.
Thérapeutique chirurg. et tech. opér....	M. ABEL, ✱, I ✱, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. GUILLEMIN, ✱, I ✱, C. S. P., agrégé.
Clinique des vieillards.....	M. DE LAVERGNE, O ✱, I ✱, professeur.
Médecine opératoire.....	M. DROUET, I ✱, professeur.
Electrothérapie et radiologie.....	M. BARTHÉLEMY, ✱, I ✱, professeur.
Accouchements (cours théorique).....	M. LAMY, ✱, I ✱, C. S. P., sans chaire.
Obstétrique	M. JOB, ✱, I ✱, professeur sans chaire.
Clinique et propédeutique chirurg.....	M. VERMELIN, ✱, I ✱, agrégé.
Clinique et propédeut. chir. infantile....	M. CHALNOT, agrégé.
Clinique propédeutique médicale.....	M. BODARD, A ✱, agrégé.
Pathologie interne	M. KISSEL, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. ABEL, ✱, I ✱, agrégé.
Education physique (1).....	M. HAMEL, ✱, docteur.
Clinique neurologique (1).....	M. L. MERKLEN, ✱, I ✱, professeur.
Clinique O.-R.-L.....	M. MICHON, ✱, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, ✱, docteur.
	M. DOMBRAY, ✱, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. FLORENTIN, A ✱.	MM. WOLFF, A ✱.	MM. GUILLEMIN, ✱, I ✱, C.S.P.
BODART, A ✱.	MELNOTTE, O ✱.	ABEL, ✱, I ✱.
CHALNOT.	VERMELIN, ✱, I ✱.	KISSEL.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, ✱, I ✱; S. RÉMY, I ✱; BUSQUET, I ✱;
M. E. TRIBOLET, I ✱, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je leur dédie ce travail, trop modeste témoignage de mon affection et de ma reconnaissance, mais qui représente cependant à mes yeux le fruit de leur labeur et de leurs sacrifices.

A MA FIANCÉE

Hommage de profonde affection.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A M. L'ABBÉ DUCATTEAU

En témoignage d'une grande amitié.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

C'est un grand honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse. Nous l'en remercions vivement.

AUX MEMBRES DE MON JURY

MESSIEURS LE PROFESSEUR RICHON,

» LE PROFESSEUR PERRON,

» LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARTEMAN.

En les assurant de toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DANIEL

Professeur de Clinique des Maladies syphilitiques
et cutanées de la Faculté libre de Médecine de Lille

*Nous lui devons le sujet de cette
thèse. Nous nous excusons de ne
pouvoir lui présenter un meilleur
travail.*

*Nous le prions de croire à notre
gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPOUTRE

Doyen de la Faculté libre de Médecine de Lille

*Nous sommes heureux de pou-
voir lui exprimer ici notre sincère
et respectueux attachement, et
notre grande admiration.*

A MES MAITRES D'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPOUTRE

(Voies urinaires) 1936

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEREUX (Neurologie) 1937

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ LIBRE

ET PARTICULIÈREMENT :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DAVID

Professeur d'Hygiène et Thérapeutique

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CAMELOT

Professeur de Clinique Chirurgicale

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANGERON

Professeur de Clinique Médicale

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEHERRIPON

Professeur de Clinique Infantile

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD

Professeur de Clinique des Voies digestives

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELATTRE

Professeur d'Anatomie Pathologique

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DIDIER

Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVREAU

Professeur de Clinique Obstétricale

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAVID

*Il nous a maintes fois fait preuve
de son amitié. Qu'il trouve ici le
témoignage de notre reconnais-
sance.*

A MES AMIS ET CAMARADES D'ETUDE

AUX DOCTEURS : L. BAUDU, E. BRACQ, G. DELAOUTRE
P. DELAOUTRE, J. DUTILLEUL, L. LE CONIAT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

SERMENT

Sur ma conscience, en présence de mes Maîtres et de mes Condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes Confrères et la Société.

AVANT - PROPOS

Dès le début de ce modeste travail, nous nous acquitterons d'un devoir de reconnaissance envers notre Maître, le Professeur Danel, qui a été l'instigateur de cette thèse. Durant notre stage dans son service de dermatologie, il nous prodigua constamment ses conseils éclairés. Notre rêve eût été d'approfondir cette partie de la médecine qu'il avait su nous faire aimer.

Notre désir était de faire sur le sujet qui nous intéressait un travail sérieux. Les événements présents nous ont empêchés de puiser dans les littératures étrangères les documents nécessaires et de poursuivre nos recherches. Nous nous excuserons donc de faire une thèse sans intérêt, espérant pouvoir un jour achever le travail. C'est avec cette pensée que nous implorons toute l'indulgence de nos Juges.

CHAPITRE PREMIER

LES PRURIGOS

I. - Transition entre prurit et prurigo

La séparation entre prurit et prurigo est arbitraire. La même cause peut provoquer, tantôt des prurits violents, sans lésions cutanées, tantôt des prurigo typiques. On peut observer, chez le même malade, le passage de l'un à l'autre.

1° Le grattage constant du prurit laisse la peau intacte, produisant de simples lésions traumatiques ce sont les prurits primitifs essentiels;

2° Sous l'influence de grattages intenses, renouvelés ou prolongés, il se développe une réaction cutanée secondaire du type inflammation chronique, c'est la lichénisation de Besnier;

3° Enfin, le prurit primitif provoque consécutivement des réactions à type spécial, sous forme de papules, de papulo-vésicules, prurigo papuleux ou prurigo frais.

II. - Prurigos

Ce sont des affections démangeantes pures dans lesquelles apparaît, au moins à une période de leur évolution, une éruption de papules.

I. — Prurigos chroniques

A) *Prurigo de Hebra.*

Presque exclusivement dans les parties misérables de la population israélite de l'Europe Centrale, il débute dès la première enfance, en deux étapes, et évolue toujours par poussées.

Il y a deux formes, la forme banale *prurigo mitis* et la forme grave, *prurigo ferox*.

Début. — Eruptions prurigineuses récidivantes banales. Au bout de quelques mois apparaissent des papules caractéristiques. Les papules sont alors groupées par trois ou quatre éléments de la grosseur d'une tête d'épingle à un grain de chénevis, rose très pâle, plus sensibles au toucher. Très prurigineuses. Se soulèvent sous l'influence du grattage.

Elles ne forment bientôt plus qu'une banale lésion de grattage. Peu nombreuses à chaque poussée, ces papules sont éphémères, disparaissent en quelques heures ou quelques jours au plus. Lentement l'affection va s'aggraver : les poussées sont plus fréquentes et le prurit, presque continu, s'exaspère dans des paroxysmes nocturnes.

Etat. — C'est l'aspect de la fin de la deuxième année ou du début de la troisième.

La peau apparaît grise et terne, lichénifiée en masse et comme recouverte d'une carapace dure, rigide et rude, où les poils usés forment brosse. Les papules sont noyées parmi les autres lésions, excoriations linéaires ou en coup d'ongle, croutelles, pustules, cicatrices.

Les lésions touchent surtout les membres et particulièrement les faces d'extension, en augmentant d'importance des bras aux jambes. Les grands plis de flexion restent toujours indemnes. Signe important : en passant la main sur le membre inférieur on éprouve la sensation que la sécheresse et l'épaisseur de la peau augmentent graduellement à mesure qu'on approche du pied. On trouve encore quelques papules dans les zones pelvienne et fessière. Ailleurs, elles sont rares. Très vite, adénites correspondant aux territoires atteints.

Evolution. — La maladie évolue par poussées surtout hivernales, pendant plusieurs années, jusqu'à l'âge mûr. Elle se complique d'eczéma, d'impétigo et de lymphangite. La pigmentation peut aller jusqu'au brun noir (mélasme). Cette maladie reste une *dermatose sèche*. L'observation de M^{me} Louste, Levy-Franckel et Cailliau apparaît à ce point typique.

II. — Prurigos aigus ou subaigus

A) *Strophulus*. — On peut le considérer comme une forme de passage entre les urticaires et les prurigos.

Il apparaît, en général, au cours d'une période qui s'étend du début de la première dentition à la quatrième année et surtout pendant l'été. C'est le « feu de dents » (tooth-rash). Trois symptômes essentiels caractérisent cette dermatose aiguë et bénigne : prurit, séro-papule, évolution par poussées rapides et disséminées.

L'éruption est formée d'éléments peu nombreux, bien séparés, lâchement groupés en une, deux ou trois

colonies de quelques uns. Chaque élément est d'abord œdémateux, rose, étalé et à limites irrégulières, c'est-à-dire urticérine au sens large du mot.

La saillie papulaire s'accroît en même temps que s'atténue et disparaît en quelques heures l'œdème diffus. La papule est rose ou rouge, lisse, arrondie ou plutôt un peu piriforme, cornée, d'une fermeté de tissu gorgé d'eau. Sa taille varie d'un grain de chénevis à un pois avec moyenne d'un grain d'orge. Le prurit est vif, le grattage altère le sommet, y met une trace de sérosité ou un point rouge, le décapite et le coiffe d'une croutelle sérosanglante.

Souvent, on voit des papules surmontées par une fine vésicule.

La durée totale de la poussée varie d'une à plusieurs semaines suivant le traitement mis en œuvre et le caractère plus ou moins tenace des troubles intestinaux concomitants. L'arrêt de ceux-ci précède toujours la fin du strophulus.

B) *Le prurigo de Besnier.* — Comme le prurigo de Hébra, celui-ci débute dans l'enfance et dure souvent toute l'existence, mais ce n'est qu'un eczéma qui récidive sans cesse et, très suintant au début, se lichénifie peu à peu.

Ses caractères sont : début et maximum de l'éruption à la tête, localisation préférée aux plis de flexion, alors que dans le prurigo de Hébra le début et maximum sont aux membres.

C) *Le prurigo simplex aigu de Brocq-Tommasoli* est, au contraire de tous les autres prurigos, une dermatose passagère ou faite de poussées passagères qui ne

laissent aucune trace entre elles. Tous les éléments sont à peu près identiques par leur aspect et leur évolution qui dure de cinq à dix jours. Ce sont des papules acuminées à base ortiée, la plupart surmontées d'un décollement épidermique. Un grattage brutal les transforme souvent en papules excoriées d'aspect banal.

D) Une dernière forme s'est ajoutée au prurigo, c'est le *prurigo lymphadénique de Dubreuilh*. C'est, le plus souvent, la lymphogranulomatose de Sternberg qui est en cause, mais des leucémies vraies et les lymphosarcomatoses peuvent aussi produire ce prurigo.

A noter que ces mêmes affections provoquent indifféremment un prurigo vrai, type prurigo simplex aigu ou un simple prurit sans lésions.

Il faut avouer qu'entre tous ces prurigos on ne trouve au premier abord aucun lien.

Ce que différents auteurs ont successivement désigné comme la papule de prurigo a été :

- 1° La croûte noire d'excoriation;
 - 2° La papule de lichénification;
 - 3° La papule du prurigo de Hebra;
 - 4° La séro-papule de Tommasoli-Brocq.
-

CHAPITRE II

PRURIGO NODULAIRE

Historique

C'est probablement Hardaway qui, aux Etats-Unis, a donné la première description de cette dermatose. Vidal, un peu plus tard, la dépeint comme variété « Prurigo ferox » de son lichen simplex chronique. Son élève, Brocq, adoptant cette appellation, classe l'affection comme modalité clinique du prurigo de Hebra, tandis que Besnier, à la même époque, la nomme : prurigo à grosses papule, et Lailler : lichen obtusus corné ou disséminé.

Mais une partie de l'Ecole germanique, avec Kaposi, désigne la maladie sous le nom d'urticaria perstans papulose (Kreibich). Unna la décrit comme eczéma callosum verrucosum et Ahrens comme eczéma callosum verrucosum nodulare. Avec Fabry, la dermatose prend le nom de neurodermitis nodulose; avec Morrant Baker, celui d'urticaria perstans verrucosa, tandis que pour Hubner, elle s'appelle tuberoze cutis pruriginosa et pour Brill, obstuse papelu.

C'est Hyde qui, dans son Traité de dermatologie a proposé le nom de prurigo nodulaire, auquel Darier s'est rallié, en ajoutant le nom de Hyde pour éviter toute équivoque.

Pour Herxheimer, il serait plus logique de classer l'affection dans le groupe des névrodermites. C'est aussi

l'opinion de Pautrier qui, s'appuyant sur des recherches histologiques précises propose pour la dermatose le nom de lichénification circonscrite nodulaire chronique, dénomination approuvée par Brocq et adoptée, en Allemagne, par Pick.

Symptômes

Début. — L'affection commence, en général, à l'époque moyenne de la vie, de préférence chez des femmes atteintes d'affections génitales chroniques (Brocq) et dotées d'une nature particulièrement « nerveuse » et émotive.

Le symptôme essentiel du début est le prurit. Il est tout de suite d'une intensité extrême et survient par crises effroyables qui se répètent plusieurs fois dans la journée et la nuit.

Le malade se gratte furieusement sur des régions apparemment intactes mais où l'on voit surgir peu à peu des lésions typiques : les papules.

Etat. — Les papules ont comme caractère essentiel d'être volumineuses. Elles ont la dimension moyenne d'un petit pois, d'un noyau de cerise, mais peuvent atteindre la grosseur d'une noisette, d'une cerise même, dans certains cas. Régulièrement hémisphériques, lisses et luisantes, d'une teinte pâle ivoirine ou rosée, quelquefois gris jaunâtre, elles ont une base d'un ton plus vif qui les sertit régulièrement et parfaitement. Au toucher, elles donnent immédiatement une impression de fermeté; on a la sensation de palper sous la peau un corps étranger, arrondi et dur. Bien qu'étant parfois très nombreuses, elles sont, en général, disséminées et strictement indé-

pendantes les unes des autres, formant un semis plus ou moins régulier sur les téguments.

Dans certains cas, elles représentent le centre d'un placard d'urticaire, qui s'efface d'ailleurs rapidement. Les auteurs allemands insistent beaucoup sur le fait que l'excitation mécanique des papules jeunes détermine aussitôt leur gonflement, leur rougissement et une augmentation des démangeaisons. Au reste, tout frottement volontaire des papules excite si vivement le prurit qu'il est souvent nécessaire au malade de se gratter sans interruption pendant de longues minutes avant d'obtenir un soulagement.

Ce grattage va transformer l'aspect des papules. Rapidement excoriées à leur sommet, elles apparaissent souvent sanguinolentes ou recouvertes d'une croûte noirâtre. Il est fréquent aussi de noter, à la pointe de certaines d'entre les plus volumineuses, des soulèvements de l'épiderme contenant une sérosité blanchâtre (Brocq) ; maintes fois alors, les papules semblent constituer une véritable papulo-pustule entourée d'une base enflammée ; à leur sujet se pose une importante question : ces pustules sont-elles spontanées ou le résultat d'inoculations microbiennes par le grattage ?

Les papules apparaissent surtout sur les quatre membres, en particulier à la face d'extension des avant-bras et des jambes et aux extrémités ; mais on en relève aussi sur les bras, les cuisses, le dos, les fesses et le cou. Pautrier a décrit un cas très sévère dans lequel le tronc, les extrémités, le visage, les épaules étaient envahis. Nous avons pu voir également des formes très étendues chez deux femmes. Chez l'une d'entre elles,

seuls le haut du visage et le cuir chevelu avaient échappé à l'éruption.

Evolution. — Les papules ou papulo-pustules naissent avec une rapidité incroyable; sont excoriées et persistent plusieurs jours ou semaines. On voit leur teinte virer lentement au brun plus ou moins foncé et la nodosité disparaître progressivement en laissant, d'habitude, une macule brunâtre, plus rarement une minime cicatrice blanche.

A la période d'état de l'affection, on peut observer, à côté de toutes petites papules naissantes, des papules adultes volumineuses, excoriées ou non, et d'autres affaissées, en voie de disparition. Les téguments immédiatement voisins des lésions sont un peu épaissis, sillonnés de coups d'ongles et d'excoriations et légèrement quadrillés et pigmentés. C'est sur cet aspect que s'était basé Vidal pour donner à la dermatose le nom de lichen ou prurigo polymorphe ferox. L'affection est cependant strictement monomorphe comme nous venons de le voir.

Son évolution continue par poussées successives, d'une grande variabilité d'apparition et de durée.

Le prurit reste très violent et à peu près permanent, avec des paroxysmes nocturnes fort pénibles. Il détermine des crises frénétiques de grattage. Rash mentionne un cas où la malade, pour se soulager, avait sectionné, au couteau, plusieurs nodules.

Certains éléments, grattés avec plus d'intensité que leurs voisins, se montrent plus tenaces. Ils deviennent épais et durs, souvent hyperkératosiques et d'aspect ver-

ruqueux. Une réaction ganglionnaire constante, mais discrète, les accompagne.

L'affection peut durer ainsi de longues années. La guérison totale spontanée n'a jamais été notée et les accalmies ne sont toujours que relatives. Le prurit cantonné finalement sur les nodules lichénifiés va s'exacerber à l'occasion de soucis, d'émotions, de surmenage, des périodes menstruelles, etc., rendant la vie insupportable. Le malade met d'ailleurs souvent fin à ses souffrances par le suicide.

OBSERVATION I (empruntée à MM. Shulmann, Solente et Jacques Odient).

M^{me} B..., Henriette, âgée de 53 ans, sans profession, vient nous consulter au début d'octobre 1931 pour un prurit généralisé et une éruption cutanée durant depuis de longues années.

Le début de la maladie remonte à 19 ans environ, M^{me} B... a remarqué, à cette date, l'apparition, sur l'avant-bras gauche, d'une petite nodosité, en même temps qu'elle ressentait un prurit, d'abord léger et intermittent, qui n'a pas tardé à augmenter d'intensité et à devenir permanent avec une exacerbation nocturne, empêchant tout sommeil.

D'autres éléments comparables au premier sont apparus progressivement; elle n'a, par contre, jamais constaté de façon certaine la disparition de l'un ou l'autre d'entre eux.

Toutes les thérapeutiques préconisées au début de la maladie ne lui ayant apporté aucun soulagement, elle avait depuis longtemps renoncé à tout traitement et

s'était bornée à assister à l'évolution progressive de sa maladie.

A l'examen, on est frappé d'emblée par l'existence d'une éruption généralisée, mais prédominant notamment sur les deux avant-bras.

Chacun des éléments éruptifs est formé par une nodosité très saillante, presque hémisphérique, de grande dimension, comparable à une demi-noisette.

La peau à leur niveau a un aspect corné; la partie superficielle et centrale de l'élément est, par endroits, excoriée, à la suite des lésions de grattage et recouverte d'une croûte sanguine.

Autour de quelques-uns des éléments existe une aréole rouge; la peau paraît normale entre eux.

Cette éruption est disséminée sur l'ensemble des téguments et, en aucun point, les éléments ne confluent, mais elle prédomine nettement sur les avant-bras, où l'on peut constater jusqu'à une centaine de nodules. Ceux-ci sont également nombreux sur les bras et la face interne des cuisses. Le dos, par contre, est beaucoup moins atteint, et on y trouve seulement quatre à cinq éléments. La face, en fin, n'est pas absolument respectée, et nous avons noté, sur la paupière supérieure gauche, la présence de deux nodosités de moindre dimension, atteignant à peine la taille d'un pois. Sur la nuque existent quelques macules blanches irrégulières, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, tranchant par leur coloration sur les tissus avoisinants. Il existe, par ailleurs, un œdème des jambes, très marqué, de coloration rouge, ne gardant pas l'empreinte du doigt, et

auquel nous n'avons pu attribuer d'origine cardiaque ou rénale.

Le cœur est, en effet, régulier, bat à 68 par minute, on entend à la base un petit souffle systolique très léger, se propageant un peu vers les vaisseaux, tension artérielle (Vaquez) 16-9.

Les urines sont claires et ne contiennent ni sucre, ni albumine. Les poumons, le foie et la rate sont absolument normaux.

Le toucher vaginal et le toucher rectal n'ont permis de trouver aucune lésion pathologique.

Un examen radiologique du thorax nous a montré uniquement une augmentation légère de l'ère cardiaque. Le diamètre aortique semble augmenté. Un examen du sang ne nous a fourni aucun renseignement. Globules rouges : 4.800.00; globules blancs : 8.600; forme leucocytaire normale; urée sanguine : 0 gr. 45; glycémie : 1 gr. 05.

Réaction de Bordet Wassermann négative.

Antécédents. — On a retrouvé aucun fait notable dans le passé de cette malade, qui est seulement sujette à des céphalées fréquentes.

Elle a été réglée normalement à 14 ans, et toujours de façon régulière; elle a eu, de février à septembre 1931, un arrêt de règles qui n'a eu aucune influence sur son prurigo. Depuis, ses règles sont revenues, régulières et comparables aux précédentes, par leur qualité et leur quantité.

Le diagnostic clinique a été confirmé par une biopsie. Celle-ci a montré des lésions typiques de lichénification avec formation de nombreuses cellules rondes.

Le seul examen des coupes a d'ailleurs permis à M. Civatte de porter le diagnostic sans avoir vu la malade.

Nous avons alors institué un traitement par les rayons ultra-violets : dès le début, à la première séance, la malade a accusé un bien-être absolu inconnu depuis longtemps et a pu dormir sans être gênée par son prurit. Cette amélioration s'est maintenue et même accrue au cours des séances ultérieures; de pair avec cette amélioration des symptômes subjectifs, nous avons pu constater la diminution d'étendue et de volume des nodosités, sans qu'aucune d'elles n'ait encore disparu. Il s'agit, en somme, d'un prurigo nodulaire de HYDE, absolument typique, dont on retrouve les caractères essentiels : apparition chez une femme à l'âge moyen de la vie, prurit intense, éruption nodulaire typique, évolution indéfinie.

OBSERVATION II (empruntée à Brocq).

M^{me} W..., 30 ans, atteinte depuis six ans d'une dermatose rebelle soignée par le D^r Lailler..

D'origine anglaise, blonde, lymphatique, très nerveuse, impressionnable, atteinte d'insomnie rebelle, de dyspepsie, de constipation opiniâtre, et surtout de métrite, d'affections complexes des annexes datant de six ans au moins, consécutives à des couches, et pour lesquelles elle a déjà subi des traitements multiples sans grande amélioration.

C'est depuis que ces accidents utérins et péri-utérins ont pris ce degré d'acuité qu'ont apparus les phénomènes cutanés.

Il est à souligner que, pour calmer les douleurs diverses dont elle souffre, et pour dormir, elle fait usage d'hypnotiques divers, en particulier : bromure de potassium et chloral.

Au moment des règles, accroissement de l'éruption, ainsi que sous l'influence de contrariétés, émotions. Périodes d'accalmie, mais pas de répit complet. Elle souffre à peu près constamment de démangeaisons plus ou moins fortes, a constamment des éruptions plus ou moins abondantes et plus ou moins intenses.

Elle présente sur presque tout le corps, mais surtout sur les membres et en particulier sur la face externe, une éruption de papules très volumineuses, les plus petites ont la grosseur d'un gros pois. Leur base rosée ou d'un rouge assez vif n'est pas franchement limitée; de forme arrondie, hémisphérique, faisant saillie notable au-dessus de la surface des téguments.

Au toucher, sensation nette d'induration. Certaines sont largement excoriées au sommet, sanguinolentes, à vif, ou, quand elles sont déchirées depuis un certain temps, recouvertes d'une croûte noire. D'autres, récentes, semblent être pleines, solides et ne présentent à l'œil aucun vestige de collection liquide à leur sommet. D'autres encore, au contraire, offrent à leur centre une teinte opaline, due à la présence de liquide; d'autres enfin, en petit nombre, mais elles sont plus volumineuses, sont couronnées d'une collection de liquide jaune purulent : ce sont de vraies papulo-pustules.

Çà et là, des macules brunâtres plus ou moins accentuées, vestiges d'éléments éruptifs antérieurs et des

plaques blanches semblables à des cicatrices superficielles.

A la partie inférieure des jambes, où l'éruption atteint le summum d'intensité, la peau est épaisse, mais on n'y voit pas de lésions comparables à celles des anciens lichens au quadrillage caractéristique.

La malade a, de temps en temps, des poussées de véritable urticaire. Les points les plus atteints sont, par ordre de fréquence : la partie inférieure des jambes, les avant-bras, les régions externes des cuisses, des bras, le dos (vers les épaules), le cou, les oreilles, les faces dorsales des mains et des pieds. Le reste du tronc et les joues sont beaucoup moins intéressés. La face et le cuir chevelu semblent être indemnes.

Chaque élément éruptif met environ 7 à 8 jours à évoluer. Il se produit des poussées successives.

La malade est suivie pendant plus d'un an. On a essayé sur elle un grand nombre de médications, sans le moindre succès.

OBSERVATION PERSONNELLE.

M^{me} R..., 47 ans, mariée, deux enfants bien portants.

Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents familiaux, ni personnels, sauf des migraines fréquentes. L'affection cutanée pour laquelle elle vient consulter remonte à 1928. A cette époque, à la suite d'un repas plus copieux que de coutume, elle est prise d'une douleur soudaine au niveau de la région hépatique, s'irradiant vers l'épaule droite et accompagnée de vomissements verdâtres, de phénomènes syncopaux. Les jours suivants, la malade présente du subictère des conjonctives, une décoloration

des selles avec coloration des urines. Le traitement a consisté uniquement en tisanes. Une semaine plus tard, apparaît, au niveau des bras et des jambes, une éruption que la malade compare à la rougeole et qui est rapidement prurigineuse. Le grattage fait apparaître au niveau de certains de ces éléments de grosses nodosités qui se recouvrent ensuite d'une plectène renfermant un liquide roussâtre. Cette éruption s'est effectuée en un an environ. Depuis cette époque, le nombre des nodules n'a ni augmenté, ni diminué, sauf quelques éléments qui se sont aplanis.

Depuis ce temps, d'une façon régulière, aux environs de minuit, et quelle que soit l'heure du coucher, apparaît rapidement un prurit intense, durant au minimum une heure. La malade se lève, haletante, congestionnée, se gratte avec vivacité les bras et les jambes, se pique les nodules avec des aiguilles ou la pointe des ciseaux, rien ne pouvant la retenir et ne trouve de soulagement que lorsque ses membres supérieurs et inférieurs sont recouverts d'une sérosité roussâtre. A ce moment, sensation de constriction sternale rappelant celle de l'asthme : la malade fait ensuite une courte sortie dans sa cour, rentre complètement soulagée et peut reprendre son sommeil.

Au niveau des membres supérieurs, on trouve disséminés partout, sauf à la paume des mains, un grand nombre d'éléments arrondis, infiltrés, plus ou moins saillants, de la dimension d'un pois à celle d'un noyau de cerise. Certains sont recouverts de squames, fines, grisâtres, adhérentes; d'autres sont excoriés, recouverts de croûtelles. Aussi bien à droite qu'à gauche, on en trouve environ 90, prédominant au niveau de la face d'exten-

sion. Au niveau des membres inférieurs, on peut en compter 50 à la cuisse gauche, un peu moins à droite, 60 à chaque jambe et une dizaine à la face dorsale du pied.

Il n'en existe pas au creux poplité. Le reste du corps est respecté.

Au point de vue de l'intensité des symptômes, deux faits importants sont à signaler. Tout d'abord, les symptômes augmentent la veille des règles, qui surviennent régulièrement toutes les trois semaines et durent quatre jours. Durant ces quatre jours, les symptômes diminuent graduellement et la dernière nuit est à peu près calme. Plus les règles sont abondantes et plus les nuits qui les suivent sont calmes. Autre fait à signaler : cette personne travaille tantôt la soie, tantôt le coton et voit son prurit subir une nouvelle exacerbation chaque fois qu'elle recommence à travailler la soie, comme s'il s'agissait d'un véritable phénomène d'amphylaxie.

Le reste de l'examen se montre absolument négatif. Les réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht, le dosage de l'urée n'ont apporté aucun résultat.

Au point de vue psychique, il faut signaler son instabilité — cette malade pleure et se contrarie fréquemment, et elle avoue que sa fréquentation est devenue pénible pour les siens, qu'elle a eu à plusieurs reprises l'intention de mettre fin à ses jours.

Depuis dix ans, bien des traitements ont été expérimentés. Mettant à côté les innombrables tisanes et pom-mades achetées spontanément et sur des conseils médicaux, signalons que cette malade a reçu un nombre impressionnant de piqûres : 80 de Fostanol (?), 24 de

Quimby, 14 injections d'auto-sang. Ces diverses méthodes ne lui ont apporté aucun soulagement.

A la suite de ses insuccès, ayant consulté le P^r Danel, qui porte le diagnostic de prurigo nodulaire, un traitement radiothérapique est commencé. On pratique la radiothérapie de la région lombaire, qui modifie notablement l'état de la malade : le prurit diminue, les papules commencent à s'affaïsser.

Malheureusement, il est impossible de continuer ce traitement en raison des possibilités pécuniaires de la malade.

Nous nous proposons, il y a quelques semaines, de faire un certain nombre d'examen de laboratoire et de poursuivre ce traitement.

Actuellement, nous avons appris que la malade a cessé toute thérapeutique; elle se contente de suivre un régime pour hépatique et de se frictionner violemment au cours de ses crises de prurits avec de l'eau oxygénée. C'est la seule substance employée parmi toutes celles essayées qui lui ait apporté quelque soulagement.

Nous avons également retrouvé dans les fiches du service quelques observations de prurigo nodulaire, parmi lesquels nous ne citerons que les plus récentes; bien qu'incomplètes, elles nous apporteront cependant quelques renseignements.

OBSERVATION IV.

M^{lle} G...

Vers l'âge de 15 ans, apparition, au niveau des jambes de prurit et d'une éruption de boutons attribués à des engelures. Divers diagnostics sont alors portés. Les

lésions sont constituées par des papules assez saillantes, très nombreuses aux jambes, aux mains, aux avant-bras, fermes, très régulièrement arrondies et hémisphériques, variant de dimensions, d'une lentille à celle d'un gros pois. Certaines sont excoriées par le grattage, d'autres sont légèrement pigmentées; mais, en général, la peau ne présente pas d'altérations de couleur à leur surface. Traces de grattage aux avant-bras, aux jambes et sur l'abdomen.

Deux séances de rayons ultra-violets, l'une de 10, l'autre de 15 minutes ont apporté un soulagement très notable.

La biopsie a confirmé le diagnostic de prurigo nodulaire.

OBSERVATION V.

M^{me} M..., 45 ans, vue en février 1935.

Début de la maladie en 1926, apparition au niveau des bras et des mollets, à la suite de coups de soleil à la mer, de petites papules très prurigineuses, surmontées d'une vésicule. En 1937, érysipèle suivi d'urémie. Une biopsie conclut à un prurigo nodulaire. L'étincelage, les rayons X, diverses piqûres et pommades ne donnent rien, pas plus que des séances de radiothérapie dorso-lombaire. Envoyée à Paris pour y subir quelques séances de douches filiformes, la malade n'en a éprouvé aucun bénéfice.

Anatomie pathologique

Après biopsie, on fixe les pièces au liquide de Bouin, inclusion à la paraffine. Coloration hémateïne-éosine, aurantia, Van Gieson, trichromique Masson, bleu polychrome, orcéine bleue.

La couche cornée est extrêmement épaissie et présente quelques anomalies de kératinisation et de coloration, zone de parakérotose, zone acidophile à côté de zones basophiles granuleuses, et le plus souvent épaissie, formée de cinq à six rangées de cellules. Le stratum lucidum est également très élargi. La couche épithéliale est creusée en surface de quelques petites cavités remplies par des formations cornées. On constate une hyperacanthose marquée. Les papilles sont inégales, certaines sont élargies, volumineuses. Le tissu conjonctif dermique superficiel s'unit étroitement et régulièrement avec les cellules de la basale; dans le derme superficiel on constate la présence de plusieurs infiltrats séparés de la basale par quelques travées conjonctives. Les plus volumineux sont disposés en nodules sphériques, à bords bien délimités. Les autres sont disposés en travées étalées; tous sont constitués par des cellules rondes, lymphocytes, et par de très nombreuses histiocytes. On ne rencontre pas de polynucléaires. Les cellules éosinophiles sont exceptionnelles; au milieu de ces infiltrats, on constate la présence d'une trame faite de quelques fibrilles de collagène extrêmement grêles et ténues. A la périphérie, le collagène est au contraire dense et constitué par de grosses fibres.

Dans les infiltrats, on trouve de nombreux vaisseaux dilatés à parois épaissies, présentant presque tous des lésions d'endothélie : les cellules endothéliales sont œdématiées, volumineuses, bombant dans la lumière. Certains vaisseaux sont d'ailleurs en partie thrombosés par leurs lésions d'endovascularite.

A la périphérie des nodules, on rencontre de très nombreux éléments nerveux constitués par des nerfs assez volumineux à gaine de Schwann très développée, à cellules schwanniennes souvent hypertrophiées. Les fibres nerveuses sont entourées de collagène, devenant plus dense à la périphérie des gros éléments nerveux. L'aspect des nerfs varie selon l'incidence des coupes, ils sont, en général, flexueux et semblent former des pelotons. Sur les coupes en série on constate la présence de quelques filets nerveux se dirigeant au contact de la couche de Malpighi, principalement dans les espaces interpapillaires. Les nerfs sont nettement situés dans les infiltrats, toutefois, on constate dans le tissu conjonctif profond, en dehors de tout infiltrat, à proximité des glandes, la présence de deux troncs nerveux plus importants.

Le tissu élastique est, en général, peu abondant dans les couches superficielles. Il fait défaut dans les infiltrats. Dans le tissu conjonctif profond il est constitué par de grosses fibres fragmentées.

Les glandes et autres éléments ne s'écartent pas de la normale.

Diagnostic

Le diagnostic du prurigo nodulaire repose, avant tout, sur l'aspect objectif de la dermatose, c'est-à-dire sur la présence de papules ou de petits nodules disséminés, durs, et de même couleur que la peau, très prurigineux et particulièrement rebelles à la thérapeutique.

La discrimination doit se faire, en premier lieu, avec le lichen obtusus corné (forme hyperkératosique du lichen obtusus vulgaire). Nous envisageons sous ce nom une dermatose caractérisée par la présence en petit nombre sur les téguments, de pseudo-papules, c'est-à-dire de lichénifications circonscrites simulant d'énormes papules. Ces lésions existent d'ordinaire sur la face antérieure et externe des jambes, mais on peut les voir également aux membres supérieurs. Elles forment un total d'une quinzaine de placards limités et fixes complètement secs, ayant un aspect avant tout hyperkératosique, une teinte grisâtre et terreuse, une base assez irrégulière. Jamais ces pseudo-papules n'ont la forme régulièrement hémisphérique des papules du prurigo nodulaire qui sont d'ailleurs beaucoup moins volumineuses qu'elles. On peut aussi les voir fusionner et former des placards verruqueux importants. Elles ne présentent jamais de soulèvements épidermiques ou de pustules apicales. Elles ont une évolution lente et chronique, non cyclique comme le prurigo nodulaire, dont les poussées prurigineuses sont beaucoup plus pénibles. Enfin, ces lichénifications nodulaires circonscrites, sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme et leur examen histologique ne décèle que des lésions purement épidermiques.

Il n'est pas besoin d'insister longuement sur les différences fondamentales qui existent entre le prurigo nodulaire et le prurigo de Hebra. Si Brocq a tenté de grouper les deux affections, c'est qu'il avait le désir de relier toutes les formes de prurigos par un symptôme commun et typique : la séro-papule. Cependant les dates d'apparition, l'aspect éruptif, les causes apparentes des deux dermatoses, sont tellement dissemblables qu'aucun rapprochement clinique n'est possible.

En revanche, le maître de Saint-Louis pensait que, par leur allure générale, l'insuccès thérapeutique, l'influence étiologique des affections génitales, certains prurigos nodulaires se rapprochaient des dermatites polymorphes douloureuses... sans en avoir toutefois la lésion élémentaire. Une telle conception nous semble judicieuse, car la parenté pathogénique des prurigos et des dermatites polymorphes est indiscutable. Peut-être existe-t-il même des formes de passage?

Nous rappellerons enfin combien le prurigo lymphadénique peut être protéiforme dans ses manifestations cliniques et que certaines leucémies augmentent quelquefois de volume après grattage. C'est dire que, dans les cas douteux, il faudra pratiquer systématiquement une recherche de la formule leucocytaire et s'aider au besoin d'une biopsie.

Étiologie

Les causes du prurigo nodulaire restent jusqu'à présent très obscures. Nous croyons très discutable l'opinion de Brill, pour qui l'affection n'est pas caractérisée et ne représente qu'une variété papuleuse spéciale de

maladies variées (lichen plan, névrodermite, syphilis secondaire, etc.). Ce qui est certain, c'est que la dermatose touche électivement le sexe féminin et qu'on retrouve habituellement chez la malade des troubles de l'appareil génital (trois fois sur trois cas de Brocq). Cette constatation laisse à penser que des lésions de glandes endocrines et plus spécialement des ovaires pourraient jouer un rôle étiologique. Pourtant aucune preuve décisive n'en a été donnée jusqu'ici.

Pick croit plus simplement qu'il s'agit de manifestations d'origine toxique ou auto-toxique, chez des prédisposées. Il accuse, en particulier, la constipation chronique.

Mais Civatte fait remarquer, à juste titre, que, dans deux observations récentes de prurigo nodulaire, les poussées semblent correspondre à des phénomènes d'hypersensibilité. La première de ces observations est due à Haxthausen. Il relate, dans ses protocoles d'expérience sur les prurigos, le cas d'un prurigo nodulaire dans lequel il a trouvé une cuti-réaction positive pour toutes les graminées. Barnewitz, d'autre part, a signalé un curieux exemple de prurigo nodulaire, dans lequel les crises de démangeaison étaient déclenchées par la lumière solaire. De telles constatations font espérer qu'il sera possible de découvrir un jour à quelle sorte d'hypersensibilité cutanée peut correspondre le prurigo de Hyde. Notons dans une de nos observations la sensibilisation manifeste à la soie artificielle.

En effet, connaissant ce groupe de faits que Pasteur-Valéry-Radot a groupés, sous le nom d'anaphylaxie spontanée, il nous semble permis de considérer le prurigo

moins comme une dermatose proprement dite que comme une manifestation colloïdoclasique du même ordre que migraine, asthme, urticaire, œdème de Quincke, ce que, d'ailleurs, nous verrons dans la suite.

Pathogénie

Les causes du prurigo nodulaire sont des plus obscures. A l'heure actuelle, on ne peut encore que formuler des hypothèses sur son étiologie, hypothèses fondées sur un ensemble de données cliniques, biochimiques et même expérimentales.

Quelques mots sur les théories actuelles :

Pour Brill, l'affection ne représente qu'une variété papuleuse spéciale de maladies diverses telles que : lichen plan, névrodermites, syphilis secondaire.

Les théories de Pick (manifestations d'origine toxique ou autotoxiques chez des prédisposés hépatiques, néphrétiques, constipés) et de Civatte (phénomènes d'hypersensibilité) sont les plus répandues dans l'école moderne.

Des observations que nous venons de citer dans cet aperçu sur le prurigo nodulaire, nous retiendrons quatre données pathogéniques principales :

- 1° Rôle du foie;
- 2° Rôle des glandes endocrines;
- 3° Rôle du sympathique;
- 4° Rôle de la floculation.

Rôle du Foie

Nous avons dit que Brocq considérait l'urticaire, le prurigo simplex, le prurigo de Hebra, la dermite polymorphe de Durbing et les diverses névrodermites comme des modes (spéciaux selon les sujets) de réaction de la peau incitée par les agents morbides les plus disparates. Il appuie cette assertion surtout sur ce fait que d'ordinaire les causes diverses déterminent tout d'abord le *prurit*, puis sous l'influence des traumatismes les plus variés, les lésions cutanées secondaires se produisent. Certains individus réagissant sous la forme de l'urticaire, les autres sous la forme de prurigo de Hebra, d'autres, enfin, par du prurigo nodulaire, etc...

La pathogénie du prurigo nodulaire est donc celle du prurit avant d'être celle de la dermatose elle-même.

L'étude du métabolisme hépatique n'occupe que depuis peu une place importante dans la pathologie.

Nombreuses et importantes sont les fonctions du foie. D'une part, le métabolisme des albumines, des hydrates de carbone, des graisses et des vitamines, la régulation hydrique de l'organisme, la formation de la bile.

D'autre part sa fonction excrétoire, désintoxicante et antianaphylactique.

Une insuffisance du foie peut être la cause d'auto-intoxications intestinales. Le foie peut se montrer déficient, non seulement dans la transformation des toxines intestinales, mais aussi, généralement, par suite de maladie, dans le filtrage des produits de dégradation des albumines provenant de la digestion, déficience se tra-

duisant par des réactions d'hypersensibilité de la peau ou d'autres organes.

Dujardin et Décamp et Urbach expliquent ces réactions de la façon suivante : le foie normal a la propriété de retenir et de rendre inoffensives les allergines nutritives de sorte qu'il ne se produit aucune réaction d'antigène avec formation d'anticorps. Lorsque, par contre, le foie est déficient, on doit lutter contre un trop grand afflux d'antigènes, il ne peut exercer suffisamment sa fonction « pexique », alors se produisent des réactions d'antigène avec formation d'anticorps sous forme de dermatoses ou autres manifestations anaphylactiques (Erich Urbach).

C'est ainsi que Gilbert et Lereboullet veulent rendre des altérations hépatiques responsables de l'apparition de certains prurigos. Cela est vrai dans certains cas particuliers, mais ne saurait expliquer l'ensemble des cas de prurigo.

Brack admet la relation de cette dermatose avec le foie, non par la voie du métabolisme, mais par l'intermédiaire de réflexes nerveux.

Il reste à prouver, dit encore Urbach, si l'on peut citer en faveur de l'étiologie hépatique des dermatoses anaphylactiques les résultats thérapeutiques favorables obtenus par l'administration de foie par voie bucale ou parentérale. Il est possible qu'en présence d'une allergie endogène primaire ou secondaire, d'origine hépatique, l'apport de substance hépatique puisse avoir un effet désensibilisant.

Rôle des Glandes endocrines

Les troubles des fonctions endocriniennes peuvent être la cause de quelques prurits : sans exagérer leur rôle, comme quelques uns ont tendance à le faire, il est rationnel de l'admettre dans certains prurits liés manifestement à la ménopause et que calme l'usage des préparations ovariennes; l'action de l'insuline chez certains gouteux, glycosuriques ou non, doit faire admettre l'action des insuffisances pancréatiques; moins nettement démontrée est celle de l'hypothyroïdisme. Rappelons le cas de notre malade qui voit son prurit modifié régulièrement par le cycle menstruel.

Dans le prurit sénile, à côté de l'action incontestable de l'auto-intoxication, par insuffisance de la dépuraction urinaire, il est plausible que l'hypofonctionnement des divers parenchymes joue un rôle important.

Rôle du Sympathique

Pour J. Golay, le système sympathico-endocrinien joue un rôle important dans la détermination du processus éruptif, bien que le sympathique ne représente, le plus souvent, qu'un chaînon intermédiaire entre la cause vraie et la dermatose.

L'intervention du système sympathique dans sa genèse est probable tout d'abord parce que le fonctionnement normal de la peau et de ses annexes est tout entier sous sa dépendance. Grand régulateur des fonc.

tions physiologiques de la peau, il doit certainement jouer un rôle majeur.

L'étude de la pathogénie sympathique des dermatoses amicrobiennes et non parasitaires devrait être basée sur l'anatomie et la physiologie du système neuro-glandulaire.

De plus, le sympathique possède des connexions étroites avec les glandes endocrines et lorsque nous parlons d'une pathogénie sympathique en dermatologie, nous entendons par là le système neuro-glandulaire dans son ensemble, sécrétions endocriniennes y comprises.

Considérons, à part les lésions d'ordre variable qui peuvent affecter le sympathique, trois facteurs capables de troubler son fonctionnement. Ils jouent, suivant les cas, un rôle isolé ou se surajoutent, au contraire, pour déterminer l'apparition de la dermatose. Ce sont les facteurs suivants (J. Golay) :

— D'abord le *facteur nerveux*; constitutionnel ou acquis, difficile à concevoir dans son essence même, mais qui semble être surtout déterminé par des modifications des sécrétions endocriniennes. Ces troubles sécrétoires peuvent créer un terrain favorable à tel ou tel phénomène colloïdoclasique, ce sont eux qui paraissent être responsables, le plus souvent, du manque d'équilibre vago-sympathique si important en pathologie cutanée.

— Ensuite, le *facteur toxique* représenté soit par une intoxication externe, soit par une auto-intoxication, soit aussi par une toxi-infection.

— Enfin, le *choc hémoclasique*, qui peut être provoqué par une substance protéique ou non. Il serait, en

effet, intéressant de faire remarquer que le choc s'accompagne toujours de phénomènes sympathiques tels, par exemple, la contraction des muscles de Reisseissen et l'hypersécrétion bronchique pendant la crise d'asthme, ainsi que la vasodilatation active de l'urticaire.

Rôle de la Flocculation

On peut avoir un prurit de cause locale externe et l'on en comprend aisément la raison lorsqu'un parasite comme l'*Ascaris scabiei* creuse ses sillons dans l'épiderme, quand un produit caustique vient à être en contact avec la peau; on conçoit que les terminaisons nerveuses tégumentaires réagissent à l'irritation. Il en va tout autrement dans l'immense majorité des cas où l'excitation des filets sensitifs du sympathique dépend d'une cause interne. Le mécanisme du prurit demeure alors inexpliqué.

Nous estimons que la théorie colloïdale peut nous donner la clé du trouble qui nous occupe et que la flocculation des liquides humoraux doit être incriminée ici comme dans d'autres accidents caractérisés par un dérèglement de l'équilibre sympathique.

Voici d'ailleurs les arguments que nous portons en faveur de cette hypothèse (Auguste Lumière) :

1° Nous possédons un moyen infaillible de provoquer le prurit, il suffit pour cela d'injecter une flocculation dans la circulation. Si nous introduisons dans la jugulaire d'un chien une suspension de baryte à un état de division suffisant, l'animal traité de la sorte sera aussitôt en proie à des démangeaisons intenses qui l'obligent à se gratter énergiquement.

Quelquefois, la nature du précipité sera la même si nous remplaçons la floculation préparée in vitro par une substance qui réagit sur le plasma en donnant une précipitation dans le sang circulant in vivo. Les effets obtenus seront identiques et, enfin, il en sera encore de même quand on administrera, par voie vasculaire, des protéines déchaînant, chez des sujets sensibilisés, un précipité plasmatique. Le prurit est invariablement le premier témoin des chocs anaphylactiques et anaphylactoïdes atténués, et dans tous les cas l'agent actif pourrait bien être le floculat. (Lumière).

La condition suffisante pour provoquer expérimentalement ou accidentellement le prurit est donc l'introduction ou la formation d'une floculation dans le torrent circulaire;

2° En clinique, les cas dans lesquels paraît le prurit sont précisément ceux où des précipitations humorales peuvent prendre naissance. Les intoxications alimentaires ou médicamenteuses, l'indigestion, les auto-intoxications par constipation, la stercorémie, les dysfonctionnements hépatiques et rénaux, le diabète, les altérations sanguines par la chlorose, l'anémie, les leucémies, etc..., comportent la destruction de colloïdes et, par conséquent, la formation dans le sang de floculats plus ou moins abondants.

Les liquides colloïdaux organiques sont capables de précipiter par un très grand nombre de substances, et ce sont précisément celles détruisant l'état colloïdal qui occasionnent le prurit;

3° L'augmentation de la fréquence des manifestations pruritiques avec l'âge est en complet accord avec

l'hypothèse de la floculation. Au début de la vie, les colloïdes humoraux sont d'une grande stabilité. Puis, à l'occasion d'une infection, quand les microbes cultivent au niveau du nez, des dents, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, des bronches, du tube digestif ou bien quand des traumatismes viennent léser les muqueuses, les protéines microbiennes ou alimentaires parviennent à franchir les filtres et à imprégner spécifiquement. Peu à peu, quand l'individu avance en âge, ces sensibilisations s'ajoutent et s'entremêlent, de sorte que les humeurs deviennent de plus en plus aptes à précipiter sous les influences diverses, l'instabilité humorale s'accroît en même temps que les chances de floculation et, par conséquent, de prurit;

4° Jusqu'ici, les moyens qui permettent d'empêcher la formation de précipités plasmatiques ou de combattre leurs effets quand ils se sont produits, sont précisément ceux que l'on réussit à opposer avec succès aux troubles pruritiques.

L'agent alimentaire occupe la première place dans la prophylaxie et la thérapeutique de tous les prurits. Les régimes lactés, végétariens, lacto-végétariens constituent tout d'abord la base des prescriptions dans la lutte contre l'affection, ce qui est fort rationnel et ce qui réussit quelquefois, puisque les floculats humoraux prennent souvent naissance à la suite du passage dans la circulation des protéines les plus complexes et les plus précipitantes qui sont empruntées à l'alimentation carnée.

Si le *primum movens* du prurit est le floculat, l'intensité et les modalités des troubles qu'il déclenche dé-

pendent essentiellement, d'autre part, du degré de sensibilité des terminaisons nerveuses soumises à l'action irritante des précipités.

Le flocculat est la force agissante et le système nerveux l'appareil d'application, de réception de cette force. Or, la sensibilité de cet appareil varie dans de larges limites, non seulement d'un individu à l'autre, mais encore d'un moment à l'autre chez le même sujet.

L'hypersensibilité peut être telle dans les cas extrêmes qu'il n'est plus nécessaire de faire intervenir l'instabilité humorale et les flocculats pathologiques pour expliquer les troubles qui nous occupent; il est probable alors que les précipités normaux, qui sont la conséquence de l'usure continuelle des colloïdes plasmatiques, et qui sont parfaitement tolérés par le tissu nerveux, sain et normal, deviennent capables de déterminer des troubles pruritiques chez les sujets dont le système sympathique est hyperesthésié.

La complexité du phénomène qui met en jeu deux grands facteurs : le flocculat et l'hypersensibilité nerveuse, nous permet d'en comprendre les modalités, et nous montre que le prurit n'est pas justiciable d'une seule catégorie d'agents, mais de plusieurs, suivant qu'ils s'adressent à la précipitation, à l'hyperesthésie ou aux causes qui les ont engendrées (Auguste Lumière).

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Multiples ont été les thérapeutiques, peu efficaces les résultats; souvent les remèdes apportent une cessation du prurit, mais sans faire disparaître la lésion.

D'autre part il est rare qu'un médecin puisse suivre longtemps un malade atteint du prurigo nodulaire, ce qui explique les apparences de guérisons radicales citées dans la littérature, et qui ne sont en fait qu'une rémission passagère. Celle-ci passée, le malade retrouve son désespoir, abandonne toute thérapeutique jusqu'à ce qu'il en trouve une nouvelle chez un nouveau thérapeute.

Cette thérapeutique doit avoir un double but : calmer le symptôme prurit par des moyens rapides, puis s'efforcer, par une médication de fond à longue échéance, d'atteindre la cause interne, générale, de l'affection prurigineuse.

Nous insisterons peu sur le traitement antiprurigineux qui est classique :

A) *Traitement externe :*

a) Balnéation tiède : bains à 36° 5, 37° avec 250 grammes d'amidon, de préférence le soir avant le coucher, ou des lotions très chaudes suivies d'application de poudres inertes, plus particulièrement la poudre d'amidon, calment les prurits légers mais dont l'action est vite épuisée. Lotions additionnées d'acide faible (vinaigre);

b) Préparation ou décoction à base de menthe : alcool de menthe;

c) Goudrons et phénols : eau additionnée de coaltar saponifié à la dose d'une cuillère à soupe par verre. Solution de phénol à 5 % additionnée de cinq à six fois son volume d'eau chaude au moment de l'usage. Leur action ne dépasse par une heure;

d) La solution de chloral à 1 % est peu active dans le prurit généralisé. Quant aux solutions de cyanure de potassium et d'eau de laurier-cerise, elles sont très toxiques;

e) Les pommades sont peu recommandables, il y a avantage à les remplacer par des pâtes recouvrant intimement la peau et la mettant à l'abri de l'air, ce qui calme le prurit, par exemple :

Menthol	}	aa 0,75 à 1 gr.
Phénol		
Oxyde de zinc.....	}	aa 25 gr.
Amidon		
Vaseline		50 gr.

ou encore :

Ac. Salicylique.....	3 gr.
Extrait d'ulmaria.....	5 gr.
Menthol	0 gr. 5
Lanoline	} aa 25 gr.
Vaseline blonde.....	

En cas d'insuccès et après avoir essayé les pommades à l'ichtyol et aux ichtyolates d'ammoniaque ou de soude à 5 ou 10 %, recourir à :

Chlorhydrate de Cocaïne.....	0 gr. 75
Menthol	1 gr.
Camphre pulvérisé et tamisé..	3 gr.
Lanoline	} aa 30 gr.
Vaseline blonde.....	

Parturier conseille vivement l'emploi de poudres et donne les formules suivantes :

- | | |
|---------------------------------|-------------|
| a) Poudre de racines de guaco.. | 25 gr. |
| Talc | } aa 25 gr. |
| Carbonate de Bismuth..... | |
| b) Menthol | 1 gr. |
| Camphre | 4 gr. |
| Carbonate de magnésie..... | 25 gr. |
| c) Chlorhydrate de cocaïne..... | 1 gr. |
| Poudre de racines de guaco.. | 25 gr. |
| Camphre | 8 gr. |
| Carbonate de Bismuth..... | 25 gr. |

f) Enfin une place spéciale revient à la douche filiforme de Veyrières qui semble avoir donné quelques bons résultats, bien que dans un de nos cas personnels elle se soit montrée inefficace. Darier lui attribue en tout cas une grande importance.

B) *Traitement interne :*

A) Régime diététique : supprimer les albumines animales et la majorité des graisses.

Recommander, suivant les cas, le régime lacté intégral (lait écrémé) ou le régime végétarien : lacto-sérum, bouillon de légumes, eaux de Contrexeville, Vittel, Evian, ou tisanes diurétiques.

B) *Traitement général :*

a) Calmants du système nerveux : opium, morphine, belladone, valériane, bromure de potassium, chloral, médicaments cités par Brocq;

b) Toniques non excitants : préparation phosphorée (glycérophosphates, hypophosphites, arsénicaux (médicaments de longue haleine);

c) Phénol : 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour en pilules.
A proscrire chez les insuffisants rénaux.

Au cours de ce traitement il sera bon de surveiller l'élimination urinaire, le tube digestif; éviter la constipation et les fermentations intestinales qu'elle entraîne. Eviter l'alcool, le café, thé, chocolat, mets épicés.

C) *Agents agissant à la fois sur le prurit et les causes du prurigo :*

Au cours de ces dernières années, la radiothérapie a été appliquée dans le traitement du prurigo nodulaire. Schulmann a employé les rayons ultra-violets.

Lomholt préconise l'émanation de radium.

Notre thèse avait pour but d'approfondir cette question, en particulier d'étudier les modifications humorales apportées par la radiothérapie dorso-lombaire. Quelques séances nous avaient apporté une sensible amélioration chez une de nos malades. Nous nous excuserons donc d'être aussi brefs sur ce chapitre.

Quoi qu'il en soit, la précarité des résultats fournis par cette thérapeutique antiprurigineuse, qu'elle soit locale ou générale, s'accorde avec la conception actuelle d'un symptôme prurit d'origine humorale; aucun remède ne s'attaque à la cause essentielle du phénomène, c'est-à-dire à la floculation.

En quoi consiste l'instabilité humorale? Quelles sont les modifications physico-chimiques qui la constituent? Nous l'ignorons. Nous en sommes réduits à tenter de restreindre les méfaits des floculats en les dissolvant ou bien encore à essayer dans les humeurs, sans directive, au hasard, des médications diverses, quitte à apprécier ensuite si les effets obtenus sont ou non favorables.

Nous pouvons chercher à modifier l'état humoral par désensibilisation au moyen d'une protéine appropriée; le moyen serait excellent s'il nous était possible de déterminer la matière albuminoïde. Mais la plupart du temps, cela n'est pas possible et, en administrant une substance protéinique quelconque, nous risquons d'ajouter une nouvelle sensibilisation aux états anaphylactiques antérieurs.

Aussi a-t-on essayé d'opérer des changements dans le milieu humoral par une voie détournée, en provoquant artificiellement une hyperleucocytose. Les leucocytes semblent participer, en effet, dans une large mesure à la leucogénèse : l'huile de chénevis en injection intramusculaire par exemple.

Mais ce sont des procédés empiriques qui ne constituent encore qu'un rudiment de la méthode générale de stabilisation humorale.

Pour que cet exposé sur la thérapeutique anti-prurigineuse soit complet, il faudrait citer un grand nombre de médicaments usuels qui ont également amené une sédation passagère du prurit : quinine, antipyrine.

Un nouveau chapitre pourrait également s'ouvrir avec l'étude du rôle des glandes endocrines dans le prurigo nodulaire. L'extrait splénique injectable aurait donné de bons résultats. Chez notre première malade par suite des modifications du prurit en fonction de l'évolution et des règles, on peut penser qu'une thérapeutique bien dirigée, et dans ce sens, aurait pu apporter de sensibles améliorations.

Conclusion pratique

Que faire en face d'un prurigo nodulaire? Evidemment soulager le prurit par l'un des moyens indiqués ci-dessus :

1° Contre le prurit : nous conseillons, après Veyrières et Darier, l'emploi de la douche filiforme ou de la radiothérapie; accessoirement des injections intradermiques d'histamine pourront déterminer à la fois une sédation du prurit et une régression des nodules;

2° Traitement général : le prurigo nodulaire étant une manifestation anaphylactique, c'est au régime diététique que nous aurons recours, puis aux désensibilisants:

- Hyposulfite de magnésium intraveineux.
- Protéinothérapie.
- Ephédrinothérapie.
- Autohénotherapie.

Les désensibilisants seront administrés de préférence avec des extraits hypophysaires et parathyroïdiens (cinq à dix unités chimiques de paratyrone le matin à jeun et trente-cinq minutes ou une heure avant le petit déjeuner). (Parturier).

BIBLIOGRAPHIE

- AHRENS (E.). — Eczéma verrucosum callosum. (*Dermat. Woch*, Bd LXXI, n° 41).
- ACKERMANN (A.). — Sammelreferate : Pruritis, Prurigo-neurodermites, Lichen ruber, Psoriasis rubra pilaris. (*Dermatologica*, n° 4, 1939, p. 237).
- BARNEWITZ. — Prurigo nodulaire. Neber Enipfindlichkeit gegen Sonnenlicht. (Arch. (F) *Dermat. Syphil.*, Bb CLV, p. 333).
- BRILL. — Neber obtuse papeln. (*Dermat. Zeitsch*, Bd XLIV, 1926, p. 203).
- BROCQ (T.). — Le prurigo ferox d'E. Vidal. (*Cliniques Dermatologiques*, n° 32).
- BROCQ (T.). — *Cliniques Dermatologiques*, 1^{re} et 2^e séries. Prurits et réactions cutanées. (*Bull. Méd.*, 1^{er} nov. 1913, p. 991).
- BIZARD et MEYER (J.). — Le traitement des prurits par la radiothérapie radiculaire. (*Bull. et Mémoire de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1921, p. 603).
- BORY (L.). — Le prurit, angoisse de la peau. Conférences sur la dermatose et la syph. Vigot, édit., 1934.
- BARDO-CASTELLO-QUESADA. — Prurigo nodulaire. (*Archives Dermat. and Syphilol.*, n° 5, nov. 1932, p. 909).
- BERKOWSKY (M.). — Prurigo nodulaire. (*Archives Dermat. and Syphilol.*, n° 2, août 1936, p. 333).
- BERTACCINI (G.). — Recherches sur les rapports entre les tr. endocrino-sympathiques et quelques affections dermatologiques. (*Gion Ital. Derm. et Siphilol.*, fasc. II, p. 944, avril 1925).
- BRANDL. — Prurigo Nodulaire (Hyde). (*Zentralbl F. Haut u Geschlecht dkr*, n° 748, mai 1933, p. 378).
- COMEL-NUBER (M.). — Prurigo uratica. (*Dermat. Zeitsch* 78, n° 2, 1938, p. 73).
- CORNEL. — Prurigo uratica. (*Boll. sez Région Soc. Ital., Di Dermat. à Sifil.* 16, n° 3, 1937, p. 409).
- CHEVALLIER. — Prurigos. (*Strophulus Hopital*, n° 454, sept. 1938, p. 450), extrait du traité de Dermatologie, Doin, Edit., 1938).
- CULPIN (M.). — Prurit and psychology. (*Bull. Méd. J.*, 28 avril 1939, p. 748).

- CROSS (F.-E.). — Prurigo nodulaire. (*Archives Dermat. a Syphilol.* 38, n° 1, 1938, p. 127).
- CARSON (T.-J.). — Prurigo nodulaire. (*Archives Dermat. a Syphilol.* 32, n° 3, sept. 1935, p. 488).
- CIVATTE. — Prurigo et grattage. (*Ann. Dermat.* 1926).
- CIVATTE. — Formes cliniques et pathogénie des prurigos. (*Rapport du IV^e Congrès de Dermat. et Syphil. de langue française*, Paris, juillet 1929. Masson, édit.).
- COTTENS (P.). — Traitement par les rayons X des Prurits et Dermatoses prurigineuses. (*Journal de Méd.*, à Paris, 1923, p. 795).
- CANNET. — De l'influence du système nerveux dans les maladies de la peau. (*Thèse de Paris*, 1855).
- DARIER-SABOURAUD. — *Nouvelle Pratique Dermatologique*, tome V. Masson, édit.).
- ENGELHARDT (E.). — Prurigo nodulaire. (*Archives Dermat. et Syphil.*, 1938, p. 292).
- FELDER (S. B.). — Prurigo nodulaire. (*Archives Dermat. a Syphilol.*, 26, n° 3, 1932, p. 547).
- FELDMANN. — Prurigo nodulaire. (*Archives Dermat. a Syphilol.*, 36, n° 5, 1937, p. 1.117).
- FERNET (P.). — Les Prurits et leur traitement. (*Consultations médicales françaises*, Poinat, édit., Paris).
- GOLAY (J.). — Système Sympathique et dermatoses. (*Rev. Méd. de la Suisse Romande*, n° 1, 1925, p. 39).
- GOLAY (J.). — Sur le rôle du sympathique dans la pathogénie d'un grand nombre de dermatoses. (*Annales de Dermat. a Syphil.*, août à novembre 1922).
- GOUIN et BIENVENUE. — Trait. des Prurits vulvaires et ano-scrotaux par la radiothérapie sympathique. (*Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, séance du 6 janvier 1931).
- GOCKOWSKI (J.). — Prurigo nodulaire (Hyde). (*Przegląd Dermat.*, 29, n° 1, mars 1934, p. 137).
- GOLDSCHLAG. — Prurigo nodulaire. Lichenification nodulaire circumscripta. (*Przegląd Dermat.*, 29, n° 3, 1934, p. 397).
- GOLDBLATT (S.). — Prurigo nodulaire. (*Archives dermatosyph.*, 34, n° 1, juillet 1936, p. 164).
- GERTLER. — Prurigo nodulaire (Hyde). (*Zentralbl. F. Haut. n. Geschlechtskr.*, 59, n°s 1 et 2, 1938).

- HUDELO (T.). — Prurits et Prurigos. (*Pratique Méd. Illustrée Doin*, 1931).
- HYDE (J.-N.). — *Discases of the skin*, 1909, p. 174).
- HAUTKLINIK-GIESSEN. — Prurigo nodulaire. (*Zentr. F. Haut. u. Geschlechtskr*, 61, n° 1, 1938, p. 5).
- HESSE. — Prurigo lymphogranulomatosa Zentral. (*F. Haut. u. Geschlechtskr*, n° 12, 1938, p. 636).
- HAUTKLINIK-ESSEN. — Prurigo nodulaire. (*Zentral. F. Haut. u. Geschlechtskr* 51, n° 3, 1937, p. 164).
- JALOWY. — Prurigo nodulaire. (*Zentral. F. Haut. u. Geschlechtskr* 51, n° 3, juin 1935, p. 163).
- JALOWY. — Prurigo nodulaire. (*Przegląd Dermat* 30, n° 2 et 3, 1935, p. 170).
- JALOWY. — *Prurigo nodulaire* (Hyde). (*Przegląd Dermat*. 32, n° 3 et 4, 1937, p. 464).
- JOURDANET (F.). — Contributions à l'étude du prurit. (*Annales de Derm. et Syphil.*, 1924, p. 297).
- JOURDANET (F.). — Répercussivité pruritique. (*Bull. Méd.* n° 37, 1923, p. 561).
- JUSTER (E.). — *Traitement des affections cutanées*, 1929, Masson, édit.
- KLAUDER (F.-V.). — Prurigo nodulaire. (*Arch. Dermat. a Syphilol.* 36, n° 1 et 2, 1937, p. 168).
- KERL. — Prurigo nodulaire Hyde and mycosis fungoïde d'emblée. (*Zentral. F. Haut. u. Geschlechtskr* 45, n° 9 et 10, septembre 1935, p. 553).
- KOCH. — Prurigo nodulaire. (*Dermat. Woch.* 106, n° 15, 1938, p. 421).
- LIEBNER (E.)-KODACS (E.). — Nervenvermehrung bei Prurigo nodulaire Hyde. (*Zentral. F. Haut. u. Geschlechtskr*, 53, n° 4, avril 1936, p. 225).
- LOUSTE-LÉVY-FRANCKEL et CAILLIAU. — Prurigo chronique rappelant le lichen nodulaire et atrophique (et disc.). (*Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, n° 3, mars 1933, p. 401).
- LÉOPOLD. — Zur therapie der prurigo ferox. (*Dermat. Wochenschi* 102, n° 25, juin 1936, p. 803).
- LIEBNER (R.) et KOVACS (E.). — Prurigo nodulaire. (*Borogyo urol es Vene Szembe* 13, n° 12, déc. 1935, p. 183).

- LÉVY-FRANCKEL et JUSTER. — Les rôles de perturbation du système nerveux sympathique et des endocrines dans la pathogénie des affections cutanées. (*Revue de Dermat. et Vénérol.*, 1926).
- LAWLESS (T. K.). — Prurigo nodulaire. (*Archiv. Dermat. a Syphilol.* 31, n° 5, mai 1935, p. 752).
- LOMHOLT. — Prurigo nodulaire. (*Panische Dermat., Gesellschafts Sitzung*, vol. VII, 1926, p. 4). (*Zent. bl. F. H. u. Gesch. Wr*, Bd XX, p. 257).
- LÉVY-FRANCKEL. Traitement des prurits. (*Journal de Méd. de Paris*, 1923, p. 670).
- LUMIÈRE (A.). — Prurits et Flocculation. (*Paris Médical*, n° 24, 14 juin 1930).
- LEHNER. — Prurigo nodulaire. (*Zentr. Bl. F. Haut. u. Geschlechtskr*, Bd XVI, 1925, p. 301).
- MEINER (P.-A.). — Recueil d'observations sur le rôle des altérations du système nerveux de la vie végétative dans quelques dermatoses. (*Giorn. Ital. Derm. a Sifil.* 1925, avril, fasc. II, p. 947).
- MEYER (M.). — Ein fall von Prurigo nodulaire (urticaris perstans nodulose). (*Thèse de l'Université de Bonn*, 1918 (?)).
- MITCHELL (J.-H.) et SCULL (R.). — Prurigo nodulaire. (*Archiv. Derm. a Syphilol.* 28-30, n° 3, septembre 1934, p. 470).
- NOMBAND et SCULL (R.). — Prurigo nodulaire. (*Archiv. Dermat. a Syphil.* 28, n° 5, nov. 1933, p. 728).
- NEKAM (L.), etc... — Prurigo (fig. 2.055-2.069). (*Corpus icon. Morle cutan*, 2-3 1938).
- NAEGELI. — Prurigo nodulaire (Hyde). (*Schweiz. Méd. Woche., schr.* 63, n° 12, mars 1933, p. 296).
- OLIVER (E.-A.) et NOMBAND (R.). — Prurigo nodulaire. (*Archiv. Derm. a Syphilol.* 25, n° 1, janvier 1934, p. 150).
- ORTYNSKY (I.). — Prurigo nodulaire. (*Casapislak ceskych* 75, n°s 48 et 49, déc. 1936, p. 1.551).
- POTRZOBOWSKI. — Prurigo nodulaire Hyde. (*Zentral. F. Haut. u. Geschlechtskr* 44, n°s 5 et 6, avril 1933, p. 265).
- PETERKIN (G. A. G.). — Case Of. prurigo nodulaire B. (*Journal Dermat. a Syphilis* 47, n° 2, fév. 1935, p. 71).

- PERRINS. — Rôle prépondérant du système nerveux dans les dermatoses actuelles. (*Service médical et Chirurg.*, février 1922).
- PAUTRIER (L.-M.). — Contribution à l'étude des lichénifications anormales. Les lichenifications circonscrites nodulaires chroniques. (*Annales de Dermat. et de Syphil.*, 1922, p. 49).
- PAUTRIER (L.-M.). — Contribution. Lichen obtusus corné. (*Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syphil.*, 1921, n° 8, p. 48, réunion de Strasbourg).
- PICK (Willy). — Neber die circumscripte nodöse chronische lichenification (Brocq-Pautrier). (*Arch. F. Dermat. a Syphil.*, Bd CL 1926, p. 356).
- RASH (C.). — Prurigo nodulaire (Hyde). (*Arch. F. Dermat. u. Syphil.*, Bd CXLVIII, p. 642).
- ROBERTI (J.). — Un cas de prurigo nodulaire. (*Bull. de la Soc. Fr. de Dermat. et Syphil.*, 1921, p. 444).
- ROSEN (L.). — Prurigo nodulaire. (*Archiv. Dermat. a Syphilol.* 38, n° 3, 1938, p. 451).
- SCHOENFELD. — Prurigo nodulaire (Hyde). (*Zentral F. Haut. U. Geschlechtskr* 57, n° 4, 1934, p. 244).
- SHAFFER (B.). — Prurigo nodulaire. (*Archiv. Dermat. a Syphilol* 37, n° 4, 1938, p. 680).
- SENEAR (F.-E.) et PERLSTEIN (O.). — Prurigo nodulaire. (*Archiv. Dermat. a Syphilol.* 37, n° 4, 1938, p. 704).
- SPILLANN, DROUET et VERAÏN. — L'équilibre acido-basique en dermatologie. (*Annales de Dermat. et Syph.*, 1925, p. 1.301).
- SICARD et ROBINEAU. — Cordotomie médullaire dans un cas de kramosis vulvaire avec prurit intolérable. (*Revue neurologique*, janvier 1925).
- SCHULMANN, SOLENTE et ODMET. — Prurigo nodulaire de Hyde. Amélioration par les ultra-violets. (*Soc. Fr. de Dermat. et Syph.*, séance du 12 nov. 1931).
- THIBIERGE (G.). — Causes et traitements des prurits. (*Journal de Méd. et Chir. pratiques*, art. 28.414, p. 229).
- THIBIERGE et RAVAUT. — La P. L. dans les affections prurigineuses. (*Congrès International de Dermatologie de Rome*).
- THOMAS (A.). — La répercussivité sympathique. (*Presse Médicale* 1922).

- TZANCK (A.). — Immunité, intolérance, biophylaxie. Masson, édit., 1932.
- VIGNE (P.), VIDAL (A.) et BONNET (J.). — Deux cas de prurigo nodulaire de Hyde (*Marseille Médical*, n^{os} 28 et 29, 1938, p. 375).
- VENKEL WLASZICO (T.). — Prurigo nodulaire (Hyde). (*Zentr. F. Haut. U. Geschl.*, 60, n^{os} 12 et 13, 1938, p. 588).
- VENKEL WLASZICO (T.). — Prurigo nodulaire (Hyde). (*Dermat. Woch.*, 107, n^o 51, 1938, p. 1.492).
- VEYRIÈRES et FERREYOLLES. — Traitement externe simple et efficace de quelques dermatoses courantes. (*Gaz. des Hôp.*, 1921, 8, n^o 694, p. 633).
- VEYRIÈRES. — Emploi de la douche filiforme dans le traitement de certaines dermatoses. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1913).
- VIDAL (E.). — Du lichen (liche, prurigo, strophulus). (*Annales de dermat. et de syphil.*, 1886, p. 133).
- WEIDMANN (F.). — Prurigo nodulaire. (*Arch. of. dermat. a syphil.*, vol. V, 1922, p. 144).
- WISE (F.). — Prurigo nodulaire. (*Archiv. of. Derm. a Syphil.* 36, n^o 2, 1937, p. 381).
- WIGLEY (J. E. M.) et HEGGS (G.). — Prurigo nodulaire. (*Proceed R. Soc. Méd.* 27, n^o 12, octobre 1934).
- WINNICOT (D. W.). — Pruritus and psychology. (*Brit. Méd.*, 22 avril 1939, p. 844).
- WEISSENBAACH et MARTINEAU. — Prurigo nodulaire. (*Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syph.*, 409, déc. 1937, p. 2.014).

